N° 27

DE

QUELQUES TROUBLES ANORMAUX

DUS A LA PRÉSENCE DE VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

DANS LE NASO-PHARYNX DE L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Février 1903

PAR

Edmond ATON

Né à Alger, le 27 septembre 1877

INTERNE DES HOPITAUX D'ALGER

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Puech .	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
de ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. HÉDON, *président.*	MM. RAUZIER, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	MOURET, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES CHERS PARENTS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX D'ALGER

E. ATON.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR HÉDON

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

E. ATON.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous avons un devoir à accomplir. Arrivé aujourd'hui au terme de nos études, nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale. Que nos chers parents soient assurés de notre amour filial et de notre reconnaissance pour les lourds sacrifices qu'ils se sont imposés, dans le choix de notre carrière. Que tous nos maîtres de l'Ecole de médecine et des Hôpitaux d'Alger veuillent bien accepter ici le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous réservons une place toute particulière à MM. les professeurs Bruch, Vincent, Curtillet, et MM. les Docteurs Caussidon, Battarel, Sabadini, Denis, Goinard, Reynaud, Scherb, Crespin, dont nous avons été l'interne. Qu'ils soient assurés de notre profonde estime pour leurs savantes leçons et leurs bienveillants conseils. Que MM. Cochez, Saliège, Moreau, Brault soient assurés de notre estime et de notre reconnaissance, pour la sympathie avec laquelle ils nous ont toujours accueilli et les nombreux encouragements qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Nous adressons aussi nos remerciements très sincères à notre excellent ami le Docteur Ch. Aboulker, chef de clinique infantile à l'hôpital civil de Mustapha, qui nous a

toujours témoigné des marques de la plus grande bienveillance. En nous traçant les lignes de ce travail, et en nous aidant à le mener à bonne fin, il nous a rendu un service dont nous ne saurions trop lui être reconnaissant.

Nous remercions bien vivement M. le Professeur Hédon, de la Faculté de Montpellier, de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE

QUELQUES TROUBLES ANORMAUX

DUS A LA PRÉSENCE DE VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

DANS LE NASO-PHARYNX DE L'ENFANT

INTRODUCTION

Assurément les végétations adénoïdes ne menacent pas directement par elles-mêmes l'existence ; mais l'importánce du rôle qu'elles jouent dans la pathologie infantile tend à s'affirmer de plus en plus. Depuis de longues années, la gravité des accidents dus à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée a été observée et décrite ; seulement les auteurs incriminaient à tort l'hypertrophie des amygdales palatines, le voile du palais cachant encore à leurs yeux la lésion d'un organe dont ils ne soupçonnaient même pas l'existence. En 1843, Alph. Robert, dans son mémoire sur le *Gonflement chronique des amygdales chez les enfants*, écrivait : « Chez tous, l'état constant de la gêne de la respiration et de la nutrition empêche le développement des forces et produit un état de pâleur et de faiblesse qui dénote le peu d'activité de l'hématose et l'atteinte portée aux sources mêmes de la vie. Malheur à

ces enfants si à l'état habituel de dyspnée vient se joindre une maladie accidentelle des organes respiratoires, capable d'en augmenter l'intensité. »

Ainsi donc, les accidents étaient connus ; leur véritable cause seule échappait. « Victimes d'une séculaire erreur de diagnostic, dit Raugé, les malheureux adénoïdiens, errant du cabinet de l'auriste à la consultation de médecine générale, de celle du laryngologue à l'antichambre du dentiste, s'en allaient à l'aventure, quêtant secours ici ou là, suivant la phase de l'affection ou le caprice de ses multiples symptômes. Le dentiste appliquait un appareil extérieur qu'il faisait garder des années ; l'auriste pratiquait des cathétérismes de la trompe qui ne produisaient pas grand'chose ou des lavages de l'oreille qui ne produisaient rien du tout ; le laryngologue badigeonnait ; le médecin général prescrivait de l'huile de foie de morue. Tout cela n'aggravait pas beaucoup le mal, mais le mal s'aggravait de lui-même, jusqu'à ce qu'enfin, de guerre lasse, on suspendait tout traitement. »

Et alors des troubles graves ou irrémédiables en résultaient : arrêt de la croissance, déformations faciales et thoraciques ; emphysème pulmonaire et bronchites chroniques ; surdité liée à l'inflammation tubo-tympanique ou aux otorrhées, catarrhe rhino-pharyngien, provoquant souvent la neurasthénie. Heureux encore était l'adénoïdien d'avoir échappé dans son enfance maladive à la contagion d'infections plus graves, trouvant dans son organisme, frappé de déchéance, un terrain tout préparé d'évolution pour les infections secondaires des fièvres éruptives, la diphtérie ou la tuberculose.

Certes, depuis un certain nombre d'années, le cavum a été une des régions les plus étudiées. Cependant, malgré les nombreux travaux publiés sur ce sujet, je crois qu'il

y a encore beaucoup à dire, car certains côtés de cette étude ont été jusqu'à ce jour peut-être un peu négligés. Le public médical nous semble ne pas attacher une importance suffisante aux inflammations du pharynx nasal. Maintenant que le type normal est suffisamment connu du spécialiste et du médecin, il serait bon d'attirer leur attention, par des observations que nous avons pu recueillir dans notre pratique hospitalière ou dans la littérature médicale, sur des cas plus rares de phénomènes se rattachant exclusivement à la présence de végétations adénoïdes et qui peuvent quelquefois mettre en défaut les diagnostics même les plus éclairés.

Nous limiterons notre sujet à l'étude des troubles pendant la seconde enfance, c'est-à-dire entre 5 et 15 ans, car ils présentent une forme spéciale chez le nourrisson et l'adulte. Il n'est pas dans le cadre de notre sujet d'étudier le côté historique des végétations adénoïdes, d'exposer, après beaucoup d'autres, l'anatomie normale et pathologique du naso-pharynx, ni la symptomatologie des végétations adénoïdes. Ce sont là des points qui ont reçu dans de très nombreux travaux tout le développement qu'ils comportent. Pour présenter l'étude des troubles qui nous occupent, nous avons adopté un plan qui nous permettra de grouper les faits et d'en donner une vue d'ensemble satisfaisante. Nous laisserons la plus large part aux troubles qui, à notre connaissance du moins, n'ont pas été l'objet d'un travail d'ensemble complet.

Le pharynx nasal étant un carrefour où viennent s'ouvrir : en avant, les fosses nasales qui communiquent avec l'œil par le canal nasal ; latéralement, les orifices tubaires ; et communiquant, par sa partie inférieure, d'une part avec l'appareil laryngo-trachéo-bronchique, d'autre part avec le pharynx buccal et les voies digestives, nous

étudierons d'abord les troubles portant sur les appareils respiratoires et digestifs, et nous passerons successivement en revue les troubles oculaires, auriculaires ; puis nous étudierons les troubles du développement, les troubles nerveux, la propagation ganglionnaire. Nous terminerons par les troubles de l'état général et les troubles infectieux.

TROUBLES RESPIRATOIRES

a) Troubles Mécaniques. — La respiration buccale devient chez l'enfant porteur de végétations adénoïdes, complémentaire d'une respiration nasale insuffisante ; aussi ne respire-t-il que la bouche entr'ouverte. Mais, au moindre effort qui exige une grande amplitude des mouvements respiratoires, comme celui de courir, de monter un escalier, l'enfant doit donner libre accès à l'air dans la poitrine en ouvrant largement la bouche; aussi s'essouffle-t-il rapidement et doit-il renoncer à suivre dans leurs jeux ses petits camarades. La gêne respiratoire s'exagère toujours pendant le sommeil, aussi est-ce elle qui attire le plus l'attention des parents. La plupart se plaignent de ce que leur enfant ronfle la nuit.

La respiration devenant insuffisante il peut en résulter des crises d'étouffement et un début d'asphyxie. Cependant il nous paraît plus rationnel de regarder ces accidents comme étant d'origine réflexe et non mécanique, car nous avons eu l'occasion de remarquer que des végétations même très petites, insuffisantes pour faire obstacle mécanique, entraînaient parfois des accidents très sérieux, accidents qui disparaissaient pourtant aussitôt après l'ablation. En outre, il nous semble que la bouche largement ouverte doit suppléer l'obstacle au passage de l'air

par les fosses nasales. Par conséquent, nous n'en ferons pas un trouble de l'hématose. L'observation suivante nous en donne un exemple assez intéressant :

Observation

Le jeune S... Gaëtan, âgé de 14 ans, occupant le lit n° 43 de la salle Guersant, était entré à l'hôpital de Mustapha le 7 février 1900, afin d'être soulagé de troubles respiratoires intenses qu'il présentait depuis longtemps déjà. Il n'y a rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires, et toutes les maladies de cet enfant ne se sont jamais manifestées que par des affections des voix respiratoires supérieures. On reconnaît chez lui des végétations adénoïdes qui furent raclées mais en partie seulement. La rhinoscopie postérieure et le toucher nous font remarquer quelques petites végétations qui ne sont nullement en rapport avec la gravité des accidents que nous allons étudier maintenant. Cet enfant présente le facies adénoïdien typique peu développé pour son âge ; son état général laisse beaucoup à désirer.

Il est sujet à des crises de suffocation pendant son sommeil. Il lui arrive fréquemment de se réveiller en sursaut, le visage cyanosé, l'air hagard, en proie à une vive anxiété, couvert de sueurs froides. Il s'assied et, après quelques larges respirations, il se calme et ne tarde pas à se rendormir. Ces crises se renouvellent plusieurs fois dans la nuit. Au réveil, toux sèche, il renâcle et tousse pour rejeter les mucosités et les concrétions muco-purulentes qui sont attachées dans son naso-pharynx. Les dents sont mal plantées, la voûte palatine présente une

forme ogivale. Les amygdales palatines sont hypertrophiées ; l'acuité auditive est sensiblement diminuée. L'enfant a un sommeil très agité, hanté de cauchemars.

Après le raclage de son cavum, ces phénomènes asphyxiques ont complètement disparu, et l'état de notre jeune malade a été s'améliorant de jour en jour.

b) Troubles inflammatoires. — A côté de ces troubles, l'obstruction des fosses nasales peut entraîner, du côté de l'arbre respiratoire inférieur, une série d'accidents d'origine inflammatoire.

Ruault, dans ses leçons sur les maladies du nez (thèse Balme), nous explique comment peut se faire la propagation de cette infection : « Le nez est avant tout, dit-il, l'organe de défense des voies respiratoires plus profondes ; c'est, selon l'heureuse expression de Fr. Franck, la véritable sentinelle respiratoire. On peut d'abord le considérer comme un filtre destiné à arrêter, dans ses cavités anfractueuses, les poussières organiques et inorganiques, inanimées et vivantes, qui sont contenues en si forte proportion dans l'air que nous respirons. Mais là ne se borne pas son rôle : en même temps qu'il filtre et purifie dans une certaine mesure l'air inspiré, il permet à cet air de se mélanger, avant de pénétrer dans la poitrine, avec celui plus humide et plus chaud contenu dans les fosses nasales et leurs cavités accessoires. » L'air arrive donc dans la gorge, les bronches et les poumons, plus sec et plus froid, plus impur aussi que normalement ; c'est pourquoi, dans presque toutes nos observations d'adénoïdiens, nous les voyons toujours exposés aux amygdalites, pharyngites, laryngites, bronchites à répétition. Ce sont même quelquefois ces seuls symptômes qui éveillent l'attention des parents. Et, cependant à l'auscultation, on ne trouve

aucune lésion permettant d'expliquer la toux sèche, opiniâtre et rebelle à tous les traitements. De plus, l'organisme affaibli finit par devenir un terrain admirablement préparé pour l'éclosion d'une maladie respiratoire aiguë (broncho-pneumonie par exemple) ou pour le développement de la tuberculose. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces troubles qui entrent plutôt dans le domaine de la symptomatologie des végétations adénoïdes. Nous insisterons un peu plus sur les troubles respiratoires d'origine réflexe. Nous ne cherchons nullement à prouver, dans les deux exemples suivants, que tous les enfants atteints de stridulisme et d'asthme sont nécessairement des adénoïdiens. Il y aurait, au contraire, erreur grave à généraliser et à chercher dans cette affection l'origine des phénomènes réflexes. Assurément il peut arriver, et il arrive certainement que des accès de stridulisme, d'asthme et de toux coqueluchoïde se voient chez des enfants, alors même qu'il n'existe pas de végétations adénoïdes. Mais il arrive fort souvent également qu'elles passent inaperçues aux yeux des praticiens. Aussi est-il nécessaire de les rappeler par des exemples.

Observation

La jeune M... du S..., 6 ans 1|2, entre salle Sainte-Philomène avec le diagnostic d'asthme et d'emphysème pulmonaire. Depuis son jeune âge, cette enfant a toujours respiré la bouche ouverte. Elle ronfle la nuit. Elle a toujours été sujette aux angines et laryngites à répétition. L'enfant présente le facies adénoïdien typique. Le visage

est pâle et les veines superficielles assez apparentes. Elle est peu développée pour son âge ; elle présente un certain degré d'hébétude. La mère nous dit que son enfant a toujours été apathique aux amusements de son âge. Elle tousse depuis 2 ans. Ce sont des quintes qui la prennent à tous moments, mais qui sont surtout intenses au milieu de la nuit. L'enfant s'éveille fréquemment, en proie à de véritables accès de suffocation qui ont fait penser à l'asthme. Ces accès de suffocation et ces quintes de toux ont été rebelles à tous traitements. L'auscultation ne nous fait rien percevoir d'anormal dans la poitrine. Nous sommes alors amené à examiner sa cavité buccale et son pharynx nasal. Nous trouvons les amygdales palatines légèrement hypertrophiées, la luette œdématiée. Le toucher pharyngien nous fait sentir de volumineux paquets d'adénoïdes obstruant les choanes. Le raclage du cavum est pratiqué immédiatement et tous les accidents s'amendent en quelques jours. Le lendemain déjà l'enfant respire mieux, elle n'a pas été prise de ces accès de suffocation qui terrorisaient à un si haut point ses parents ; elle n'a plus ces quintes de toux. Elle sort complètement guérie trois ou quatre jours après. Nous avons revu deux mois après cette enfant, les accidents asphyxiques et les quintes de toux n'avaient plus reparu.

Observation

H. G.., 5 ans. La mère de cet enfant est une adénoïdienne. L'enfant a constamment respiré la bouche ouverte, la respiration nasale étant complètement obstruée. Il ronfle la nuit. Il est sujet aux coryzas à répétition et à une

rhinite à peu près continue, dont les sécrétions viennent enflammer constamment la lèvre supérieure. Il est malade depuis cinq jours. Auparavant il jouissait d'une santé parfaite. S'étant couché tranquillement, il fut réveillé brusquement par un accès de suffocation qui a duré une demi-minute environ avec tirage sus et sous-sternal. Ces accès se sont renouvelés toute la nuit et ne l'ont pas quitté depuis. Il nous est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de croup et dirigé en conséquence sur le pavillon spécialement affecté au traitement de cette maladie. Cet enfant présente le facies adénoïdien. La racine du nez est écrasée, le nez est retroussé. Les plis naso-géniens sont effacés. La bouche est ouverte, les narines sont flasques et immobiles, elles semblent obstruées. L'auscultation ne révèle rien d'anormal dans la poitrine. La toux est croupale avec tirage sus et sous-sternal. Il n'y a pas d'accès de suffocation. Les quintes se renouvellent assez souvent. Au toucher pharyngien, on a la sensation de grosses masses molles obstruant complètement les choanes. A l'examen de la gorge, on ne constate pas la présence de fausses membranes, on ne trouve pas non plus d'hypertrophie ganglionnaire. Le raclage du cavum est pratiqué sur-le-champ et tous ces phénomènes s'amendent rapidement.

TROUBLES DE L'AUDITION

Nous ne ferons qu'esquisser à grands traits les troubles de l'audition et les troubles oculaires, car ils dépendent beaucoup plus de la spécialité. Le principal facteur des inflammations suppurées ou non suppurées de la muqueuse, du tympan et de la trompe est la présence de végétations adénoïdes ou l'état des arrière-fosses nasales après leur extraction ou leur absorption. Les végétations adénoïdes déterminent l'otite moyenne : 1° par une irritation constante due à l'entrave apportée par la pression à la circulation du sang ; 2° par l'occlusion complète ou partielle de l'orifice de la trompe ; 3° par l'effet nuisible qu'elles exercent sur l'état général de l'enfant ; 4° parce qu'elles entretiennent un catarrhe rétro-nasal, qui tôt ou tard engendrera une otite moyenne. Chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes, l'audition est généralement altérée, et il faut leur parler à haute voix. Souvent la trompe est totalement obstruée par des sécrétions sèches des arrière-fosses nasales. Le pouvoir auditif est toujours amoindri du côté où siègent les végétations ; du côté où l'arrière-nez est libre, l'audition est normale. Lorsque l'ouïe est affaiblie et que le tympan semble normal, l'altération dépend presque certainement des végétations adénoïdes. La respiration buccale joue un rôle étio-

logique important, mais on voit pourtant des enfants atteints de végétations adénoïdes qui respirent bien et paraissent en bonne santé, bien qu'ils souffrent de complications auriculaires. Nous partageons entièrement l'opinion des auteurs qui disent que beaucoup d'enfants, considérés comme arriérés et idiots, guériraient par l'ablation des végétations adénoïdes. Il serait trop long de rapporter tous les cas de sourds-muets qui, à la suite de l'opération, ont commencé à parler et à entendre. De plus ces otorrhées interminables auxquelles ces végétations peuvent donner lieu, finissent par propager l'infection jusque dans l'apophyse et les méninges. Une bonne partie des mastoïdites que nous avons observées chez l'enfant semblent ne pas avoir d'autre origine. Le voisinage de cette région avec des organes très importants peut même déterminer des troubles très graves (thrombose des sinus par exemple).

TROUBLES OCULAIRES

Les voies par lesquelles se propagent à l'œil les affections nasales sont : le canal lacrymal, les nerfs, les veines et les lymphatiques. L'influence de l'irritation des nerfs du nez sur l'œil se manifeste sous la forme de larmes, de scotomes, d'asthénopie. Les végétations adénoïdes déterminant chez les enfants des coryzas à répétition, des rhinites rebelles à tous les traitements locaux, ces infections, d'origine nasale, peuvent fort bien se propager à l'œil et déterminer des conjonctivites à répétition avec épiphora ne rétrocédant que lorsqu'on agit sur la cause déterminante.

Ces troubles oculaires finissent par disparaître avec le rétablissement de la respiration nasale. Aussi, à la clinique infantile de l'hôpital de Mustapha, a-t-on pris pour principe, après avoir examiné sérieusement le nez et le naso-pharynx, le raclage des adénoïdes s'il en existe et la désinfection soignée du nez et du naso-pharynx comme début du traitement des affections oculaires chez l'enfant.

Si l'affection oculaire est d'origine nasale, on la voit disparaître spontanément ; en cas contraire, le traitement nasal n'a pu qu'influencer favorablement la maladie d'yeux. Nous avons vu des améliorations très marquées et très manifestes du trachome en particulier et la disparition de crises très douloureuses de kératite phlycténulaire chez de jeunes enfants soumis à ce traitement.

TROUBLES DIGESTIFS

On connaît les affections du pharynx et du nez, dont le point de départ se trouve dans l'appareil digestif ; un certain nombre de rhinites et de pharyngites ne guérissent que quand sont traités les troubles gastriques qui leur ont donné naissance. En revanche, les accidents gastro-intestinaux consécutifs aux lésions des fosses nasales et du rhino-pharynx sont encore peu connus. Quelle est la pathogénie de ces troubles digestifs ? Balme les mettait sous l'influence d'actions réflexes. Triboulet croit que les mucosités du pharynx traversent les voies digestives en troublant leur fonctionnement, et se retrouvent dans les selles, s'écoulant des entérites glaireuses. Cette question a récemment été reprise par Aviraguet et son élève Attiat ; ils démontrent que chez les enfants qui ne savent pas cracher, les troubles digestifs provoqués par la rhino-pharyngite sont dus à la déglutition de sécrétions pathologiques.

Mais comment ces sécrétions, une fois dégluties, peuvent-elles provoquer des troubles digestifs ? Tantôt par troubles chimiques, tantôt par action septique. Gross, additionnant le suc gastrique du muco-pus de rhinite purulente, a constaté que l'acidité chlorhydrique en était presque complètement neutralisée. D'où résultent des

fermentations gastriques anormales, le tympanisme, les éructations, etc. D'autre part, Fentus Ben Turck, faisant des prises dans le nez et dans l'estomac de sujets atteints de troubles gastriques consécutifs à une rhinite, constate la remarquable identité des microorganismes trouvés dans ces deux régions. Outre ces deux processus, qui le plus souvent marchent parallèlement et s'entr'aident, Landolt a attiré l'attention sur une autre cause de troubles : ce sont de « faux troubles gastriques qui sont toujours dus au muco-pus coulant du naso-pharynx vers le tube digestif, mais agissant uniquement par son contact irritant sur le pharynx». Telle « l'inondation » (Hajek) du pharynx et de l'œsophage par les sécrétions fétides s'écoulant des empyèmes sinusaux et qui parfois donnent lieu à des spasmes œsophagiens. Tels également les troubles gastro-intestinaux en rapport avec la présence de ces sinusites.

La rhinite aiguë purulente donne parfois lieu chez l'enfant à une véritable infection de l'estomac, sur laquelle Marfan a attiré l'attention. Quand on lave l'estomac de ces enfants, on en ramène presque toujours de grandes quantités de mucosités. L'adénoïdite aigüe agit de même. Donc le catarrhe chronique du pharynx nasal doit être plus souvent incriminé : les malades qui en sont atteints font souvent, au réveil, de grands efforts pour expulser les mucosités qui encombrent leur cavum, et il en résulte une crise de nausées, avec parfois des vomissements. Les troubles digestifs persistants ne sont pas rares : c'est ainsi que nous avons pu observer un enfant de 6 ans, R.. B..., qui présentait des vomissements alimentaires depuis un an environ ; ces vomissements se renouvelaient presque chaque jour. Dilatation stomacale. Ces vomissements avaient entraîné un dépérissement notable chez cet enfant, à ce point qu'il y avait eu une

perte de près de cinq kilogs en quelques mois. C'était un adénoïdien type avec rhinite double et adénoïdes énormes. Le traitement général et stomacal n'ayant point donné de résultat, on se décide un jour à lui racler son cavum et à lui soigner son nez. Au bout de quelques jours, ces troubles gastro-intestinaux avaient disparu. La littérature médicale nous donne également des cas de constipation opiniâtre, d'entérite muco-membraneuse, avec expulsion parfois très douloureuse de selles dans lesquelles tous les traitements avaient échoué. Un jour on pratique la rhinoscopie postérieure ou le toucher pharyngien, et on aperçoit un cavum plein de croûtes ou de végétations ; on entreprend de le traiter, et on voit, en même temps que s'atténuent les symptômes naso-pharyngiens, les troubles digestifs suivre une marche régressive parallèle.

Les végétations adénoïdes provoquent parfois des complications ayant un degré supérieur d'intensité : dyspepsie avec anorexie, dilatation de l'estomac, gastro-entérites. Une de nos observations concernant des crises de colite muco-membraneuse nous a également amené à en rechercher la pathogénie dans la présence d'adénoïdes.

Observation

Il s'agit d'une enfant de 5 ans, T. G... Elle présente un tempérament lymphatique. Elle est atteinte, depuis environ deux mois, de constipation suivie de débâcles avec expulsion très douloureuse de glaires et de sang. Malgré une diététique très sévère et l'hydrothérapie, on n'obtient aucun résultat. L'attention ayant été dirigée vers son

naso-pharynx, on y remarqua la présence de végétations adénoïdes assez grosses qui furent raclées séance tenante et sans anesthésie. Son naso-pharynx fut ensuite l'objet d'une désinfection très soignée pendant quelques jours, et ces troubles ne tardèrent pas à disparaître complètement.

La déglutition du pus crée dans le tube digestif des lieux de moindre résistance, qui sont la proie d'affections venant s'y greffer secondairement.

TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT

Le mécanisme vicieux de la respiration buccale, dans la période du développement, entraîne à sa suite toute une série de déformations qui atteignent la face et le thorax. Nous ne nous appesantirons pas sur les déformations faciales qui contribuent à former le facies adénoïdien typique. Ce facies a été l'objet de nombreuses études qui en ont tracé le portrait de façon telle qu'il n'est plus permis à qui l'a vu une fois de l'oublier. Cependant il est un fait notoire maintenant que le facies adénoïdien n'est pas un signe certain d'adénoïdisme. Et, en effet, nous avons pu remarquer maintes fois des enfants présentant ce facies typique avec un cavum absolument lisse. Dans ces cas, les déformations étaient plutôt dues à des altérations nasales de toutes sortes déterminant de l'obstruction. Nous avons également noté des adénoïdes sans facies adénoïdien : les adénoïdes étaient alors développées sur la face postérieure du pharynx nasal, mais les choanes étaient libres. Ainsi donc, il faut se garder d'en faire, à première vue, un caractère typique.

Les déformations thoraciques nous paraissent plus intéressantes à étudier. Il y a lieu d'examiner deux sortes de déformations : les déformations purement mécani-

ques et des déformations qu'on pourrait plutôt rattacher à une hypertrophie ganglionnaire.

1° *Déformations mécaniques.* — La poitrine, au lieu d'offrir sur ses parties latérales une surface régulière et arrondie, est au contraire déprimée, plane et même quelquefois concave. Cette dépression est plus prononcée vers le milieu de la hauteur du thorax que près du sommet ou de la base. Le sternum présente souvent une voussure en avant et vers son milieu. Ainsi donc, dépression latérale du thorax à la partie moyenne, projection en avant de la partie moyenne du sternum, enfoncement au niveau du tiers inférieur, contribuent à donner à la poitrine une forme spéciale (poitrine en carène) que nous avons retrouvée chez quelques-uns de nos adénoïdiens.

Observation

Vincent A...., Ital., 5 ans, sujet depuis sa naissance aux rhumes de cerveau. Tétait difficilement pendant son allaitement, les narines étant toujours obstruées. Enfant actuellement pâle, aux tissus mous, cireux. La lèvre supérieure est tuméfiée, les ganglions cervicaux sont engorgés. Autour des narines existe un érythème dû à la fréquence des coryzas. L'enfant a toujours les yeux cernés, il ne présente pas de granulations, pas de suppuration des oreilles. Il est de nature plutôt indolente et, lorsqu'il se met à courir, il est de suite pris de suffocations. Il respire la bouche ouverte. Le thorax est déformé, le sternum forme une saillie pyramidale en avant, alors que les deux côtés du thorax sont aplatis et

même légèrement excavés. On ne trouve aucune lésion rachitique sur le reste du squelette. L'examen de l'oro-pharynx nous montre d'énormes amygdales palatines se rejoignant presque sur la ligne médiane. Le toucher pharyngien permet de percevoir de gros paquets d'adénoïdes obstruant l'orifice postérieur des fosses nasales.

Dans ce cas particulier, la déformation thoracique paraît être due à ce que la respiration nasale est devenue insuffisante, et comme le malade n'a pas encore exclusivement adopté la respiration buccale, il ferme de temps en temps involontairement la bouche et essaie de respirer par le nez. Celui ci se trouvant fermé, l'élargissement de la cage thoracique ne peut se faire. Le thorax est donc affaissé de chaque côté parce qu'il fonctionne insuffisamment.

Mais à côté de cette forme, il y aurait, il nous semble, place pour une malformation toute différente qui paraît pouvoir s'expliquer par une hypertrophie ganglionnaire. Dans ces cas, le sternum est fléchi en avant comme s'il avait été ployé à ses deux extrémités ; le thorax conserve sa forme globuleuse sans méplats de chaque côté du sternum. Dans cette catégorie sembleraient entrer les déformations n'intéressant qu'un seul côté de la cage thoracique. La théorie mécanique nous semble insuffisante à expliquer ces différents troubles, et nous serions plutôt porté à en rechercher l'origine dans une hypertrophie des ganglions médiastinaux. Déjà Guéneau de Mussy avait noté que les lésions de la muqueuse pharyngée retentissaient sur les ganglions du médiastin par l'intermédiaire des ganglions cervicaux. M. le docteur Ch. Aboulker, chef de clinique infantile à l'hôpital de

Mustapha, a eu l'occasion d'observer quelques cas de ce genre de déformations, et d'après lui, ce sont celles qui cèdent le mieux au traitement et qui disparaissent à peu près complètement au bout de quelque temps. Nous lui devons les deux observations suivantes :

Observation

G... C., 5 ans. Cet enfant est atteint de toux coqueluchoïde. Il ne présente pas de facies adénoïdien. Il a toujours respiré la bouche fermée. Il est sujet aux coryzas à répétition et a eu plusieurs crises d'adénoïdite aiguë avec rejet de crachats muco-purulents. Il est amené par la mère à la consultation pour une déformation globuleuse du thorax. Il ne présente aucune trace de rachitisme, ni de tuberculose. Il n'a jamais eu de rougeole. Quelques végétations n'obstruant pas pourtant les choanes. Malgré l'amputation soignée des adénoïdes on n'obtint pas une amélioration immédiate. La désinfection prolongée du naso-pharynx et des pulvérisations sulfurées de la gorge eurent facilement raison de la toux, qui trouverait probablement dans ce cas son explication dans une irritation du récurrent.

M. le docteur Aboulker nous rapporte également un cas intéressant d'opération faite sur un enfant de 5 ans environ. Vu la déformation du sternum, il comptait tomber sur un abcès froid du médiastin d'origine osseuse. Il fut tout surpris de ne trouver que d'énormes ganglions. Il ne trouva d'autre porte d'entrée qu'une adénoïdite chronique. L'enfant ne présentait aucune lésion pulmonaire d'origine tuberculeuse. Il n'avait eu ni coqueluche,

ni rougeole et, chose importante à retenir, il n'a jamais eu d'insuffisance respiratoire. Il est certain que si notre attention s'était portée un peu plus sérieusement vers son naso-pharynx, l'intervention opératoire se serait bornée à racler soigneusement son cavum et ensuite à le désinfecter soigneusement. Peut-être bien qu'alors la malformation se serait corrigée d'elle-même, une fois cette cause d'irritation supprimée.

TROUBLES NERVEUX

Ces troubles ont déjà été l'objet récemment d'une étude d'ensemble (Léon Declaire, Th. de Paris). Aussi ne ferons-nous qu'énumérer les plus connus comme : la céphalée, les névralgies, la toux spasmodique, le stridulisme, l'incontinence d'urine, les terreurs nocturnes. Nous insisterons un peu plus pourtant sur des phénomènes décrits récemment et qui nous paraissent des faits nouveaux à ajouter à l'ensemble des troubles nerveux. Nous rapporterons d'abord l'observation curieuse, fournie par M. le Dr Thomas, de Marseille (*Rev. de laryng.*, 27 janvier 1900), concernant deux enfants guéris, l'un d'un hoquet rebelle, l'autre de photophobie intense, par ablation de leurs végétations.

Observation

A..., né le 29 juin 1890. En août 1896, à la suite d'une course de vingt minutes en voiture, l'enfant, placé à rebours, est pris, en rentrant à la maison, de hoquets et de vomissements.

Le hoquet dure 48 heures, nuit et jour, puis disparaît

complètement. A partir de ce moment et d'une façon constante, durant deux ans et demi, l'enfant ne cesse d'avoir à tout instant des régurgitations variables comme intensité : tantôt ce sont des matières alimentaires qu'il crache naturellement ; parfois, au contraire, c'est une véritable fusée.

En février-mars 1897, course d'une demi-heure dans un omnibus bondé, où l'on étouffe. En descendant, l'enfant est pris de nausées, hoquet, puis vomissements excessivement acides, l'odeur vous pique au nez et l'enfant dit que le liquide lui ronge les dents. La crise se prolonge une huitaine de jours, disparaît peu à peu ; mais, après, les régurgitations deviennent très fréquentes ; l'enfant est obligé à chaque instant d'interrrompre ses études.

Le 20 mai l'enfant est pâle, anémié ; on le retire de la pension pour l'envoyer au grand air, à la campagne, où il reste jusqu'au 20 novembre. Durant tout ce temps, pas de crises graves, régurgitations toujours continues plus ou moins fréquentes. A la rentrée de la campagne, l'enfant retourne à la pension. Huit jours après, c'est-à-dire au commencement de décembre 1897, début d'une crise très grave qui dure deux mois : hoquet, régurgitations, vomissements incessants ; toute alimentation devient impossible. Régime lacté absolu, bien supporté d'abord ; au bout d'une quinzaine de jours le lait est rejeté comme le reste. Durant 48 heures, pyrosis ; l'enfant se tord, acidité insupportable de la bouche, odeur caractéristique, strabisme. Plusieurs médecins voient l'enfant ; on songe à une hernie, à de l'hyperchlorhydrie, à des troubles cérébraux, des lombrics. Analyse du suc gastrique. Les alcalins, eau de Vichy, bicarbonate de soude, magnésie, craie, restent sans effet. Vers la fin de janvier 1898, la crise perd son acuité et, au commencement de février,

l'enfant rentre en pension. De février à fin juin, petites crises de 1 à 2 jours de durée, présentant toujours les mêmes caractères ; vomissements avec hyperacidité. Le calomel (0,40 à 0,60 centig.) donné alors, semble enrayer les crises ; une ou deux fois, expulsion de lombrics.

De juillet à octobre, séjour à la campagne. Quelques régurgitations de temps à autre, mais l'enfant commence à se plaindre de mal respirer, il lui semble que quelque chose se décolle derrière son nez.

En octobre, rentrée en ville, et retour à la pension. Peu à peu, la respiration devient impossible par le nez. En janvier 1899, examen par M. le docteur Thomas. Un léger raclage avec l'ongle rétablit la respiration pendant un mois, mais, au bout de ce temps, les végétations adénoïdes remplissent le nez et l'enfant s'étrangle à chaque instant en mangeant et en buvant. Alimentation de plus en plus difficile. Le 4 mars, de suite après le repas qui a été particulièrement pénible, nausées, hoquet, vomissements hyperacides, qui durent plusieurs heures, cessent vers le soir, sauf le hoquet qui persiste toute la nuit.

Le 5 mars, spasmes pharyngés et diaphragmatiques qui cessent durant la nuit, mais reparaissent le 6 au matin, avec le réveil de l'enfant.

Le 7, spasmes laryngés en plus, léger strabisme. Le soir de ce jour, l'enfant ne peut plus se faire comprendre à certains moments.

Le 8 matin, opération. Anesthésie bromóthylique ; ablation de végétations énormes ; disparition immédiate et complète des spasmes ; respiration nasale libre.

Le 9, 6 heures du soir, persistance de la disparition des spasmes pharyngo-laryngés ; a eu 2 ou 3 hoquets faibles dans la journée.

Le 10, aucun spasme.

Le 20, reprise des études. L'enfant ayant quelques régurgitations, je conseille un séjour d'un mois à la campagne, jusqu'à la cicatrisation de la plaie du cavum. Les régurgitations cessent dès l'arrivée à la campagne et n'ont plus reparu. Depuis, l'enfant a repris ses études, et son développement physique et intellectuel est normal.

Observation

B... âgé de 15 ans, est atteint de photophobie intense quelques jours après son entrée, en octobre dernier, à l'Ecole des arts et métiers d'Aix ; la photophobie est plus prononcée à droite. Un examen par le docteur Guende n'ayant montré qu'un léger état dans la réfraction sans lésion oculaire, et un traitement anodin étant resté sans résultat appréciable, le malade m'est envoyé le 15 novembre pour examen du nez. Je constate : 1° une sténose nasale incomplète, plus accentuée à droite, en raison de la présence d'un éperon de la cloison, et constituée par une hypertrophie simple de la muqueuse ; 2° des végétations adénoïdes médianes assez volumineuses.

L'éperon est détruit par l'électrolyse ; l'ablation des végétations le 17, est suivie immédiatement d'une amélioration remarquable. Le 27, le docteur Guende déclare B... guéri. La guérison s'est maintenue et peut être considérée comme définitive. La muqueuse est revenue à l'état normal dans les jours qui ont suivi le curettage. B... est rentré à l'Ecole d'Aix et a repris tous ses travaux habituels. Les végétations, en produisant l'hypertrophie de la pituitaire, ont été certainement la cause de la photophobie.

Donc, hoquet rebelle et photophobie doivent prendre place parmi les troubles réflexes dus parfois à la présence de végétations adénoïdes. Il est encore un trouble qui peut entrer dans cette classe, c'est le strabisme. Nous retrouvons une observation de M. le docteur Thomas, de Marseille, dans la *Revue de laryngologie,* concernant ce dernier phénomène.

Observation

Le 5 septembre dernier, M. X... commandant un bateau d'une Compagnie de Marseille, me présente son fils, âgé de 10 ans, adénoïdien typique ; il me raconte qu'à l'âge de 22 mois, cet enfant eut une méningite qui laissa comme suites :

1° Une otorrhée double ; 2° un strabisme divergent plus ou moins accentué ; 3° une semi-idiotie. L'enfant prononce très difficilement son prénom Denis, ne sait non seulement ni lire les lettres de l'alphabet, ni compter, mais quand on lui montre un ou plusieurs doigts, il dit péniblement un mot se rapprochant de main.

M. X... a demandé de tous côtés des conseils, et toujours on lui aurait répondu : « Tout cela disparaîtra en grandissant ».

Il s'est enfin décidé à l'amener à Marseille ; sa famille habite la Corse.

Examen : Végétations énormes, otite moyenne fongueuse à droite, pus infect ; otite moyenne suppurée, simple à gauche, large perforation médiane du tympan, strabisme divergent à droite.

Je dis à M. X... que la méningite était une adénoïdite

aiguë, que le curettage du naso-pharynx, de l'oreille droite, déterminerait un changement appréciable, peut-être notable de l'état intellectuel et physique, la cessation de la suppuration infecte de l'oreille.

Ne prévoyant aucune corrélation entre un strabisme divergent plus ou moins prononcé, plus ou moins intermittent et des végétations adénoïdes énormes, je ne pratiquai aucun examen ophtalmologique même au point de vue vision.

Opération le 10, sous anesthésie.

12. — Premier pansement des oreilles. Je constate avec un grand étonnement la disparition du strabisme. La famille avait fait la même constatation et les amis, qui étaient venus voir l'enfant, avaient demandé si j'avais opéré les yeux.

La guérison se maintient.

Revu le 24 décembre. Persistance de la guérison du strabisme.

Il s'agit probablement de la suppression d'un acte réflexe attribuable, sans doute, à la présence de végétations adénoïdes énormes. L'amélioration obtenue au point de vue mental et intellectuel après le raclage des adénoïdes, a été déjà signalée dans de nombreuses observations ; aussi n'y insisterons-nous pas beaucoup ici.

Il nous paraît plus intéressant de signaler la chorée, dont on peut rechercher assez souvent l'origine chez l'enfant dans la présence des végétations. L'observation suivante de M. le docteur L. R. Régnier (*Annales de laryng.*, février 1902), nous donne un exemple assez frappant de ce syndrome accompagné de poussées d'eczéma, ce qui viendrait confirmer la théorie de Leredde sur le substratum physiologique de ces éruptions.

Observation

Cette observation concerne un jeune garçon de 11 ans, que nous avons vu vers la fin de décembre 1898. Grand pour son âge, mesure 1 mètre 52 centimètres, assez bien développé au point de vue général, il nous est amené parce qu'il est atteint de mouvements choréiformes qui de temps en temps se transforment en véritables accès de chorée et d'eczéma suintant qui survient aussi par poussées à la face. En l'examinant, nous constatons facilement chez lui le facies adénoïdien ; le regard est vif, très mobile, mais le bas de la figure est, au contraire, un peu hébété. Le crâne présente une symétrie très marquée ; la région fronto-temporale est relativement peu développée, comme comprimée ; la région pariéto-occipitale est, au contraire, plus volumineuse qu'elle ne doit l'être normalement chez un enfant de cet âge ; les dents sont mal rangées, le palais ogival.

L'état mental est très déséquilibré ; à côté de raisonnements souvent au-dessus de son âge, notre petit client a des enfantillages d'un bébé de 6 ans. Il apprend difficilement parce que son attention ne peut être soutenue au-delà de quelques minutes ; et encore faut-il pour cela qu'on s'occupe incessamment de lui.

Le sommeil est irrégulier, souvent coupé de cauchemars avec réveil brusque et de peurs. La rhinoscopie antérieure et postérieure et le toucher pharyngien permettent sans difficulté de constater la présence de végétations adénoïdes assez volumineuses, dont nous conseillons l'ablation. Celle-ci est pratiquée sans difficulté

par notre confrère et ami, le docteur D... ; suites de l'opération absolument normales. A partir de ce moment, la santé de l'enfant va en s'améliorant, mais il y a encore de temps en temps des à-coups.

2 février 1899, poussée intense d'eczéma à la figure à la suite d'un excès de régime. Cette poussée s'accompagne d'un peu de fièvre, d'agitation nocturne et d'une recrudescence de l'état choréique des membres et de la face. Mais la crise dure moins longtemps que les précédentes.

6 mars, nouvelle poussée, moins intense que la précédente, à la suite d'une fatigue. Pendant le mois qui vient de s'écouler, l'enfant a été plus calme, son attention se fixe un peu plus aisément, le travail à la classe est meilleur.

Il part à la campagne.

2 mai. — Nous n'avons pas vu l'enfant depuis son retour ; le séjour au grand air lui a fait du bien. Les mouvements choréiques ont beaucoup diminué, il n'y en a presque plus à la face ; ceux des membres sont moins fréquents et moins étendus. Il a de nouveau une poussée d'eczéma facial due à un écart du régime, mais presque sans fièvre, sans agitation nocturne. Elle ne dure que deux jours. L'amélioration de l'état intellectuel et mental continue à progresser en bien.

8 juillet. — Nous revoyons l'enfant qui va partir en vacances ; depuis notre dernière visite, il n'a pas eu de nouvelles poussées d'eczéma; l'état intellectuel et mental est toujours en progression, presque plus de chorée.

Parmi les troubles nerveux chez l'enfant, il en est un qu'on ne rattache pas assez souvent, selon nous, à l'adénoïdisme. Il est pourtant notoire maintenant que plusieurs cas d'épilepsie proviennent et sont aggravés par l'état du

nez et du naso-pharynx. Ces cas ne s'améliorent généralement pas, parce qu'ils sont peu connus et que la majorité des médecins ne suspectent même pas cette source d'irritation. On peut rapprocher ces cas d'épilepsie de ceux dont on a fort bien établi depuis quelque temps le point de départ dans une lésion des fosses nasales ; or, cette irritation de la muqueuse pituitaire est presque constante chez l'enfant porteur de végétations adénoïdes. Il est donc d'un grand intérêt d'examiner minutieusement le nez et le naso-pharynx des jeunes épileptiques et de procéder chez eux à un raclage des adénoïdes, s'il en existe, et à une désinfection soignée de ces cavités comme début de tout traitement.

En outre, étant donné le fait que l'épilepsie peut reconnaître pour cause une irritation périphérique soit dans les intestins, soit dans les organes génitaux, les dents ou ailleurs, il est tout naturel qu'une partie du corps, telle que la gorge et le nez, sous-tributaire de tous les nerfs crâniens, n'échappe pas à cette influence. La présence seule de tumeurs adénoïdes dans le naso-pharynx sans lésion nasale d'aucune sorte, pourrait donc à elle seule expliquer quelques cas d'épilepsie dont on ne pourrait retrouver la cause ailleurs.

TROUBLES GANGLIONNAIRES

L'ensemble des formations de tissu adénoïde constitue, à l'entrée des voies digestives et respiratoires, une première ligne de défense contre l'invasion microbienne ; ce cercle porte le nom d'anneau de Waldeyer. Cette première ligne de défense est soutenue par une deuxième, représentée par les gangions tributaires de tout le réseau lymphatique pharyngien (glanglions rétro-pharyngiens de Gilette, relevant particulièrement des lymphatiques naso-pharyngiens ; ganglion sous angulo-maxillaire de Chassaignac, relevant surtout de l'amygdale palatine ; ganglions de la bifurcation de la carotide, sous sterno-mastoïdiens, parotidiens, sous-maxilliaire médian, etc., tributaires des régions diverses du pharynx).

Ainsi il y a des relations intimes entre les différentes parties de cet anneau. On comprend donc facilement que les lésions d'une de ces parties, par suite des communications lymphatiques, aient une répercussion morbide sur les autres. C'est ainsi que peuvent s'expliquer certaines adénites cervicales subaiguës, dont on ne savait autrefois à quoi rattacher la pathogénie. Paul Delbet, au Congrès de chirurgie de 1901, rapporte trois observations, dans lesquelles on voit disparaître cette adénite à la suite du raclage du cavum. Les voici résumées :

Observation

Un jeune homme de 17 ans, garçon marchand de vin, entré à l'hôpital Hectrer, salle Malgaigne, numéro 16, dans le service de mon maître, M. le professeur Le Dentu, le 10 mai 1899. Ce malade entre à l'hôpital parce que, depuis six mois, il porte sur les parties latérales du cou, des grosseurs dont il veut être débarrassé. Rien du côté de la bouche et des dents. Sans présenter de signes de bacillose pulmonaire, ce malade n'en avait pas moins un aspect assez chétif. Je fis le diagnostic d'adénite tuberculeuse. Le 26 mai, M. le Professeur Le Dentu extirpa les ganglions et la plaie guérit sans incident. A quelques jours de là, je fus frappé par le masque facial et l'aspect de ce malade ; j'examinai le pharynx et constatai qu'il était occupé par des végétations adénoïdes. Je les opérai ultérieurement. Le malade sortit de l'hôpital guéri. Des inoculations furent faites avec les ganglions d'une part, les végétations adénoïdes, d'autre part. Ces inoculations sont restées négatives.

Observation

Une jeune fille entre à l'hôpital Necker, salle Lenoir, dans le service de M. le professeur Le Dentu, en juillet 1899. Cette malade porte une adénite cervicale absolument analogue à la précédente, mais ayant le volume d'un œuf. Instruit par le cas n° 1, je fis, bien qu'il n'existât aucun

symptôme de végétations adénoïdes, le toucher pharyngien ; je trouvai des végétations, je les opérai : l'adénite disparut peu à peu spontanément.

Observation

C'est un malade âgé de dix ans. Il portait une adénite cervicale chronique juxta-hyoïdienne. Je l'examinai ; il portait des végétations adénoïdes ; j'en ai fait l'extirpation. Le malade guérit spontanément de son adénite.

Les végétations adénoïdes sujettes à des poussées paroxystiques prédisposent aux phlegmons rétro et latéro-pharyngiens. Il nous semble même que si l'on examinait systématiquement les muqueuses nasale, naso-pharyngienne, laryngienne et les cavités accessoires du nez dans tous les cas de fièvre ganglionnaire, le nombre des cas de cette maladie serait singulièrement diminué, et cette affection disparaîtrait en tant que maladie essentielle du cadre nasologique. D'après les opinions exprimées par les auteurs à ce sujet, nous trouvons que pour Neumann, de Berlin, la fièvre ganglionnaire a son point de départ dans une inflammation des amygdales. Combemale admet la possibilité d'une infection par la muqueuse nasale et par les voies respiratoires supérieures. Stark ayant constaté une constipation presque constante, invoque la stercorémie. Pour Comby, le point de départ paraît être sous la dépendance d'une manifestation angineuse légère. Helme, dans une étude approfondie de l'adénoïdite aiguë publiée dans les *Annales de laryngologie*, de septembre 1896,

pensa « qu'il y aurait lieu de se demander si la fièvre ganglionnaire ne serait pas autre chose qu'une des manifestations de l'adénoïdite. En effet, dans les observations de fièvre ganglionnaire, il est souvent question de catarrhe rhino-pharyngien. Au mot près, cela ressemble à l'adénoïdite aiguë ». Et plus loin cet auteur ajoute : « Il nous paraît donc qu'en observant systématiquement, au point de vue de l'adénoïdite, les malades atteints de fièvre ganglionnaire on pourrait peut-être arriver à incriminer l'inflammation de l'amygdale pharyngée ». Pour le docteur P. Gallois *(Scrofule et végétations adénoïdes)*, les petits malades atteints de fièvre ganglionnaire sont des adénoïdiens presque à coup sûr. Et il propose d'appeler cette forme « bubon adénoïdo-grippal ». Les deux observations suivantes, qui nous ont été fournies par M. le docteur H. Aboulker, nous permettent de vérifier cette assertion.

Observation

Paul A..., âgé de 10 ans. Père et mère bien portants, une sœur bien portante. L'enfant n'a jamais fait de maladie grave. Il y a deux ans et demie, il s'était plaint de surdité et de bourdonnement dans l'oreille droite. A ce moment les parents remarquaient qu'il tenait la bouche ouverte, qu'il ronflait en dormant, qu'il avait du jetage nasal. Le médecin traitant constata des végétations adénoïdes. Il y a un an nous voyons l'enfant pour la première fois. Il est dans un état d'abattement extrême ; sa température atteint 40°, son pouls est à 120°. Il se plaint de ne pouvoir avaler et le symptôme le plus accentué est la tuméfaction très prononcée des ganglions sous-

maxillaires, qui sont en même temps très douloureux à la pression.

Nous examinons la gorge, persuadés que nous allons y trouver la cause de cet état aigu, et nous avons la surprise de constater qu'elle ne présente rien d'anormal : pas la moindre tuméfaction, ni la moindre rougeur des amygdales du voile du palais, ni du pharynx.

Rien de particulier non plus dans la bouche. Dans l'examen de l'état général, rien qui puisse expliquer l'infection de l'organisme.

En présence de cet état aigu avec engorgement ganglionnaire notable, sans point de départ apparent, il nous semble impossible de faire un autre diagnostic que celui de fièvre ganglionnaire.

Le quatrième jour, en examinant de nouveau la gorge, nous voyons un paquet de muco-pus descendre du cavum sur la paroi postérieure du pharynx. Nous pensons à la possibilité d'une inflammation du naso-pharynx.

Nous revenons sur les antécédents du malade et nous apprenons qu'il présentait tous les signes fonctionnels des végétations adénoïdes et que celles-ci avaient déjà été constatées un an et demi auparavant.

L'enfant, trop indocile, ne nous permet pas d'examiner son cavum par la rhinoscopie postérieure. Mais le toucher fait constater des paquets de végétations qui sont douloureuses et paraissent tuméfiées, et le doigt revient couvert de muco-pus. Il y a donc une adénoïdite aiguë certaine, qui nous explique facilement l'existence de la fièvre et de l'engorgement ganglionnaire. Dans le nez nous trouvons les cornets inférieurs hypertrophiés et couverts de muco-pus. L'oreille gauche est normale, l'oreille droite montre un tympan très rouge avec une petite perforation.

Le traitement nous prouve bien que l'adénoïdite est la

cause de la fièvre ganglionnaire, car la désinfection du cavum amène très rapidement la disparition de la fièvre, du jetage nasal et de l'engorgement ganglionnaire.

Observation

Yvette B..., fillette de 9 ans.

Père bien portant, mère bien portante, mais atteinte d'un catarrhe persistant du naso-pharynx, qui nous paraît être le reste d'anciennes végétations atrophiées. L'enfant est pâle, d'apparence chétive, mais n'a jamais eu de maladie grave.

Le 25 septembre 1901, nous sommes appelé, à 11 heures du soir, pour cette enfant qui venait d'être prise d'un grand frisson de fièvre et qui était dans un état d'abattement extrême. Les ganglions sous-maxillaires sont très tuméfiés et douloureux. La malade se plaint de la gorge ; nous l'examinons et nous constatons avec étonnement que les amygdales, le voile du palais, la paroi pharyngienne ne sont ni rouges, ni tuméfiés.

Le lendemain, ce qui frappe le plus dans l'état de la malade, c'est la présence de deux masses de ganglions sous-maxillaires, tendus et douloureux. La fièvre reste très élevée. Le mal de gorge persiste, et rien dans l'état de la bouche et du pharynx ne permet d'expliquer l'engorgement ganglionnaire et l'état fébrile.

Les autres organes ne présentent rien de particulier. Le troisième jour, l'état est à peu près le même ; les téguments qui recouvrent les ganglions sont tendus, violacés et ont une tendance manifeste à la suppuration.

Cet état fébrile, avec tuméfaction sous-maxillaire, sans

porte d'entrée précise, nous parut répondre entièrement à l'affection décrite sous le nom de fièvre ganglionnaire.

Mais en jetant les yeux sur les deux, petits frères de notre malade, nous fûmes frappé par leur facies adénoïdien. L'idée nous vint alors de chercher dans le naso-pharynx le point de départ de la maladie. En effet, en faisant relever le voile du palais il nous fut facile de constater derrière lui un amas de muco-pus ; puis on nous dit que l'enfant avait souvent des saignements de nez, qu'elle tenait habituellement la bouche ouverte et qu'elle mouchait des matières épaisses. Enfin, au toucher, nous trouvâmes facilement des végétations assez grosses et très sensibles à la pression la plus légère. C'était bien là le tableau symptomatique d'une adénoïdite aiguë, et ce diagnostic nous expliquait l'existence de la fièvre et de l'engorgement ganglionnaire. Le traitement confirma encore ce diagnostic, car la désinfection du naso-pharynx amena rapidement la disparition de la fièvre et des ganglions.

On peut tirer de ces deux observations la conclusion pratique que certains cas au moins de fièvre ganglionnaire seront justiciables, non plus d'un traitement médical vague, mais de la désinfection énergique du cavum, suivie du curettage de cette cavité.

TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

Les adénoïdiens sont assez souvent des êtres malingres et chétifs, chez qui la faiblesse intellectuelle s'ajoute à la débilité physique. L'hématose se fait d'une manière imparfaite puisque la quantité d'air inspirée est inférieure au volume normal, et le sang non revivifié ne peut porter qu'une nourriture insuffisante aux tissus. Aussi le développement des forces et la croissance s'en ressentent-ils sensiblement. L'enfant est quelquefois épuisé par des sueurs profuses. Les agitations et terreurs nocturnes peuvent l'empêcher de prendre un repos réparateur. L'enfant est d'autres fois souffreteux, il peut présenter des adénites multiples cervicales et sous-maxillaires, manifestations d'une maladie, la scrofule, qui tend de plus en plus à disparaître en tant qu'entité morbide essentielle. Les accidents scrofuleux sont, dans la très grande majorité des cas, la conséquence d'une infection adénoïdienne.

En effet, on est frappé de la coïncidence extrêmement fréquente des végétations adénoïdes chez des enfants atteints d'ophtalmies, de rhinites et d'otorrhées, et de l'influence vraiment heureuse que l'ablation de ces tumeurs a sur l'évolution, et surtout sur les récidives, de ces affections. Les inflammations dites auparavant scrofuleuses

des yeux, des oreilles, du nez, dérivent fort souvent de l'hypertrophie du tissu adénoïde naso-pharyngien.

Leur persistance, leurs récidives trouvent leur raison dans l'existence du riche foyer microbien que recèle dans ses cryptes l'amygdale pharyngienne hypertrophiée. Ce qui prouve cette influence, c'est le parallélisme qui existe entre l'évolution de l'amygdale de Luscka et la marche de ces inflammations. L'amygdale croit de un à deux ans, reste stationnaire de deux à douze ans, et entre en régression de douze à vingt ans.

Les ophtalmies, les otorrhées, les rhinites et les adénides strumeuses sont rares avant la deuxième année, deviennent plus fréquentes d'année en année, pour atteindre leur maximum de huit à dix ans. Elles redeviennent rares après la puberté. De ce que ces sortes d'inflammations doivent être mises sur le compte des adénoïdes, il ne s'ensuit pas que tous les porteurs d'adénoïdes y soient nécessairement sujets. Par elles-mêmes les hypertrophies tonsillaires ne sont pas aussi nocives que l'on a cru dans le premier engouement opératoire. Elles ne le deviennent que lorsqu'elles sont infectées. Les adénoïdes silencieuses ne seront opérables que le jour où leur infection accidentelle et persistante pourra se propager aux organes voisins. Chez certains enfants, l'hypertrophie tonsillaire est consécutive tantôt à de mauvaises conditions hygiéniques, tantôt à une série de maladies éruptives. L'hypertrophie, loin de se constituer d'emblée, se développe généralement chez eux peu à peu, à chaque récidive de coryza, à chacune des maladies éruptives. De passagère qu'elle était au début, elle devient permanente. Les tonsilles enflammées cessent alors de jouer leur rôle de défense et deviennent une cause d'infection pour l'organisme et, plus spécialement, pour les organes adjacents.

L'inoculation se propage de muqueuse à muqueuse ; des adénoïdes vers l'oreille par la trompe d'Eustache ; des adénoïdes vers le nez ; du nez vers les yeux par le canal lacrymal ; et enfin des adénoïdes aux ganglions voisins en raison des riches connexions lymphatiques qui relient tous ces organes. Mais l'adénoïdien n'est pas pour cela scrofuleux. Il faut pour cela que les adénoïdes soient infectées. C'est l'adénoïdite et non l'adénoïde qui fait le scrofuleux. C'est elle qui explique la marche lente, la ténacité, les récidives tant que le traitement s'attaque aux effets sans s'attaquer à la cause. Les chances de tuberculose sont évidemment plus grandes. L'existence de végétations adénoïdes tuberculeuses a été démontrée par les travaux de Dieulafoy, de Lermoyez et de Brindel. Seulement la fréquence de la tuberculose de l'amygdale pharyngée ne paraît pas être aussi grande que l'avance M. le professeur Dieulafoy. D'après Lermoyez, la tuberculose de cette amygdale, tout en étant le plus souvent une tuberculose locale primitive, doit être considérée comme une infection secondaire entée sur une végétation adénoïde simple.

L'inoculation résulte de l'introduction dans la cavité buccale du bacille de Koch, par les aliments, par l'air ou par un objet contaminé ; l'hypertrophie du tissu adénoïde prédispose à cette contamination. Le bacille de Koch, observé dans les conditions normales dans le mucus nasal et pharyngien, peut habiter les cryptes amygdaliennes à côté des autres microbes ; l'enkystement et l'inflammation de ces cryptes ouvrent la porte à l'envahissement bacillaire.

Telle serait du moins, d'après Brindel, la pathogénie de la tuberculose de l'amygdale pharyngée. C'est chez l'adulte jeune qu'on la rencontre le plus fréquemment.

En outre, le bacille de Koch a plus de facilités de

pénétrer dans l'organisme à travers les cryptes des tonsilles enflammées, organisme qui se prête d'autant mieux à la culture du bacille tuberculeux qu'il est en état de souffrance habituelle. Le jeune adénoïdien semble offrir au bacille un terrain tout préparé en raison des infections diverses qui l'assaillent et de la faiblesse de son hématose.

Avant de terminer ce chapitre, nous donnerons la formule hématologique des adénoïdiens, qui est la suivante : léger degré d'anémie et de leucocytose, augmentation du nombre des leucocytes portant sur les grands mononucléés, sur les lymphocytes (lymphocytose), et à un plus haut point, sur les éosinophiles (éosinophilie) ; diminution correspondante du nombre des polynucléés neutrophiles.

TROUBLES INFECTIEUX

Il nous faut rechercher maintenant s'il n'existerait pas un rapport plus ou moins constant de coexistence entre ces tumeurs adénoïdes et quelques maladies infectieuses de l'enfance. L'existence de ce rapport une fois démontrée, il resterait à chercher si ces productions lymphoïdes ne joueraient pas, dans certaines circonstances, un rôle prépondérant dans l'étiologie ou la pathogénie de ces mêmes maladies.

Pour les cas, relativement rares, dans lesquels nous avons constaté conjointement les végétations adénoïdes et la rougeole, il nous faut écarter l'idée de l'existence d'un lien pathologique entre ces deux affections. Les poussées inflammatoires dont sont souvent le siège les tumeurs adénoïdes, peuvent fort bien propager par voie descendante l'infection à tout l'arbre bronchique. C'est ainsi que nous avons assez fréquemment remarqué chez de jeunes enfants, des broncho-pneumonies ne trouvant leur explication que dans une infection prenant son point de départ dans le naso-pharynx.

Les observations, en ce qui concerne la méningite tuberculeuse, la syphilis héréditaire, la scarlatine et la méningite chez l'enfant, sont trop peu nombreuses pour permettre de tirer des conclusions.

Il est une maladie infectieuse très commune dans l'enfance qui, par sa gravité et l'importance des manifestations qu'elle détermine du côté des premières voies respiratoires et digestives, mérite d'attirer vivement notre attention : c'est la diphtérie. M. le docteur Plottier a étudié récemment la question et a constaté d'une façon évidente que ces deux affections coïncidaient dans des proportions vraiment considérables. Il a établi une statistique portant sur 53 cas de diphtérie chez les enfants ayant succombé à cette maladie, et il en a trouvé 29 qui présentaient de leur vivant des végétations adénoïdes, ce qui équivaut à une proportion de 54,6 pour 100.

Cette extrême fréquence des tumeurs adénoïdes au cours de la diphtérie comparée à leur rareté relative chez les enfants atteints d'autres maladies infectieuses, est, pour cet auteur, l'indice non d'une simple coïncidence, mais d'une véritable relation de cause à effet. Il émet l'hypothèse de rattacher parmi les causes prédisposantes dans l'étiologie de la diphtérie, la pénétration du bacille de Loffler au niveau des tumeurs lymphoïdes du nasopharynx. L'infection diphtérique débute généralement par les amygdales palatines ou par les piliers ou par la muqueuse pharyngienne. Dans d'autres circonstances, le développement des fausses membranes peut se faire en premier lieu sur l'amygdale pharyngée plus ou moins hypertrophiée et elles envahissent de proche en proche les parties avoisinantes. La possibilité d'une localisation primitive ou secondaire de la fausse membrane diphtérique, au niveau des végétations adénoïdes, mérite d'être prise en sérieuse considération et devra toujours être présente à l'esprit du praticien. La connaissance de cette notion peut rendre de précieux services dans certains cas déterminés.

Les fausses membranes qui adhèrent aux végétations échappent, par le fait de leur situation, aux lavages que l'on pratique par la bouche. De ce fait, l'élaboration et l'absorption des toxines continuent à se produire au rhino-pharynx, alors que les autres parties sont détergées. La présence de végétations adénoïdes au cours de la diphtérie, en augmentant la surface de la muqueuse rhino-pharyngienne, favorise le développement en extension des fausses membranes, et, comme conséquence, l'absorption, par de plus larges surfaces des toxines diphtériques. Enfin, l'insuffisance respiratoire qu'elles déterminent mettent les malades dans de mauvaises conditions de résistance. Les cas de diphtérie décrits sous les noms de diphtéries catarrhales, latentes ou larvées, ressortissent à cette étiologie. Il en est vraisemblablement de même pour ce qui concerne certaines catégories de croups dits d'emblée et qu'un examen attentif rapporterait à leur véritable cause, c'est-à-dire une simple propagation des fausses membranes qui, ayant débuté au niveau des végétations adénoïdes, ont secondairement envahi le larynx sans avoir déterminé d'angine pseudo-membraneuse.

Un mécanisme analogue pourrait être invoqué, pour expliquer certains cas d'envahissement de l'oreille moyenne et des fosses nasales par la diphtérie. Une poussée d'adénoïdite survenant au cours de la convalescence de la diphtérie, en réveillant la virulence du bacille de Löffler, peut déterminer une rechute de la maladie. Les diverses observations de M. le docteur Plottier montrent bien que l'examen systématique du naso-pharynx s'impose comme une règle absolue dans tous les cas suspects ou avérés de diphtérie.

FAUX-ADÉNOÏDISME

Avant de terminer ce travail, il nous faut mettre le praticien en garde contre le faux adénoïdisme. Il existe toute une catégorie de sujets qui présentent tous les symptômes de l'adénoïdisme, sans végétations adénoïdes. Ce sont des névropathes dont la respiration est plus ou moins défectueuse. Il suffirait de soigner leur état général et de pratiquer des exercices respiratoires méthodiques pour triompher sûrement de tous les symptômes morbides, et cela parfois avec une rapidité surprenante. M. Nattier nous rapporte le cas d'un enfant « faux adénoïdien », qui était atteint d'une atélectasie pulmonaire ; sa voix était complètement rauque et, par suite, il ne pouvait chanter. Au bout de six semaines de traitement par la gymnastique respiratoire, tout était rentré dans l'ordre, la voix parlée était claire et le chant revenu. Il faudra évidemment s'abstenir de faire subir des interventions chirurgicales qui seraient certainement sans effet aux malades de ce genre.

CONCLUSIONS

Dans l'exposé de ces différents troubles, nous n'avons nullement eu l'idée d'établir une relation de cause à effet entre les phénomènes qu'ils provoquent et la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx. Il y aurait, au contraire, selon nous, erreur grave à généraliser et à vouloir faire de l'adénoïdisme la cause primordiale de toutes les affections de l'enfance.

Mais nous ne saurions trop insister sur l'utilité d'un examen minutieux du cavum au début de tout traitement. Si l'examen local révélait la présence de tumeurs adénoïdes, il ne faudrait pas hésiter à les enlever et à procéder ensuite à une désinfection soignée du naso-pharynx. Nous sommes persuadé qu'on verrait ainsi, dans bien des cas, s'amender ou même disparaître des troubles ayant résisté à tous les modes de traitement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arslan. — Statistique. *Annales des maladies de l'oreille*, 1895.

— Rapport entre les végétations adénoïdes et les affections oculaires. *Arch. ital. di. otolo.*, volume IX, fasc. 4, ann. 1900.

Albespy. — Tumeurs adénoïdes ayant provoqué des phénomènes de stase sanguine cérébrale. *Rev. de laryng.*, janvier 1892.

Astier. — Observation de granulations adénoïdes chez un enfant de six semaines.

Balme. — De l'hypertrophie des amygdales pharyngée, palatine, linguale. Th. Paris, 1888.

Bar. — De l'ablation des V. A. *Nice médical*, 1893.

Baratoux. — Des V. A. *Pratique médicale*, mai 1887.

— Guide pour l'examen des maladies du larynx. Paris, 1892.

Bartholi. — Des végétations adénoïdes. Th. de Paris, 1893.

Baumgarten. — Névroses et névroses réflexes du pharynx nasal. *Sammbing. Klin. Vortrage*, 44-92.

Batis. — Surdité occasionnée par des végétations. *New-York med. Journ.*, mai 1893.

Baumel. — Otites chez les enfants. *Montpellier médical*, 1891, p. 899.

Beausoleil. — Des végétations adénoïdes. *J. des Sc. méd.*, Bordeaux. août 1894.

Beckmann. — *Berliner-medicinische Gesellschal*, du 23 mars 1893.

— Du nez et du rhino-pharynx dans leurs relations avec quelques maladies de l'asthme et de la scrofule notamment.

Benoit. — Conjonctivites phlycténulaires et végétat. adénoïdes. *Rev. hebd. de laryng.*, 1901.

Bertrand. — Des V. A. aux divers âges. Th. Paris, 1897.

Bonnier. — L'oreille. Paris 1896, Masson et Cie.

Boyals. — Anesthésie pour l'opération des V. A. Th. Paris, 1890.

Brindel. — Au sujet de 64 végét. adén. *Rev. laryng.*, 1896, p. 881.

Brebion. — Des V. A. *Rev. laryng.*, 1890, p. 792.

Bresgen. — La céphalée dans les maladies du nez et du pharynx. *Münchener. med. Wochenschrift*, 1893, n° 5.

Breton. — *Revue des maladies de l'enfance.* Vomissements incoercibles, mai 1900.

Brissaud. — De l'asthme. Traité de médecine, t. IV.

Bromur. — Des V. A. causes d'otites. *British med. journ.*, juillet 1888.

Cartaz. — Persistance des troubles phonétiques après l'ablation des V. A. *Arch. de laryng.*, 1888, p. 55. Complications d'opérations de V. A. *Arch. laryng.*, 1890, p. 121.

Castex. — Des V. A. *Bulletin med.*, Paris, 1894, p. 205. *J. des praticiens*, 17 juin 1899. Leçon clinique sur cette affection.

Chatellier. — Les V. A. Th. Paris, 1890.

Chaumier. — Des V. A. *Gaz. hôpitaux.* Paris, 1890, p. 237.

— Des V. A. chez les enfants. *Bullet. Acad. med. de Paris*, janvier 1891.

— Utilité de connaître les V. A. *Médec. infant.*, déc. 1895.

Coblet. — Des V. A. Th. Lyon, 1888.

Couetoux. — Des V. A *Annales mal. or.*, 1889, p. 437.

Coupard. — Accidents des V. A. *Gaz. hôpitaux*, Paris, 1892, p. 1399.

Courtade. — Anat. et physiol. de l'oreille, Paris, 1894.

— Trait. des V. A. *Bull. génér. thérap.*, Paris, 1896, p. 401.

Cuvillier. — Des V. A. chez les adultes. Th. Paris, 1890.

— Hypertrophies des amygdales et V. A., 1900.

Daly. — Affect. naso-pharyngiennes et surdi-mutité. *Journ. of the respir. organes*, janvier 1890.

Dansac. — Des V. A. *Ann . des mal. de l'or.*, juillet 1893.

Daremberg. — Les tumeurs ad. du ph. nasal. Th. Paris, 1879.

Declaire. — Troubles nerveux en rapport avec la présence de V. A. dans le naso-pharynx. Th. Paris, 1897.

Duplaix. Les tumeurs adénoïdes et les accès de stridulisme. *Gaz. des hôpit.*, octobre 1892.

Dutauziet. — Des V. A. et de leurs rappports avec l'asthme. Th. Paris, 1894.

Emmet Welsh. — Affect. naso-pharyng. et otite. *Medic. Record*, octobre 1890.

Felici.—Des V. A. et de leurs complications. *Arch. intern. Laryng.*, 1889

Frankenberger. — V. A. et surdi-mutité. *J. des sc. méd.*, Lille, 1896, p. 497.

Friedmann. — Sur la valeur des amygdales palatines des jeunes enfants comme porte d'entrée de la tuberculose, *in Münch. med. Woch.*, 25 septembre 1900.

Groenbech. — V. A. et incontinence d'urine. *Arch. laryng.*, II, 2, 1894.

Gouguenheim. — Des V. A. *Gaz. des hôpitaux*, janvier 1892.

Gallois. — La scrofule et les infections adénoïdiennes, 1901.

Goureau. — Pathologie des otites moyennes. *Actualité médic.*, 1890.

Gourraud. — Des V. A. *Gaz. méd.*, Nantes, mars 1889.

Guéneau. — Des V. A. du pharynx nasal chez le nourrisson. Th. Paris, 1897

Halsted. — Tumeurs ad. dans le naso-pharynx chez les enfants. *New-York med. Record*, août 1892.

Hédon. — Contribution à l'étude du catarrhe naso-pharyngien et de son traitement.

Helme. — Trait. des V. A. *Rev. intern. Laryng.*, 1896, p. 129.

Hermet. — Leçons sur les maladies de l'oreille, Paris, 1898. O. Doin.

Heurteaux. — Des V. A. *Gaz. méd.*, Nantes, janvier 1889.

Hewetson.— Affect. naso-phar. et otites. *Intern. Klin. Rundschau*, 1889.

Hovent. — Surdité par obstruction des trompes d'Eustache. *Rev. laryng.*, 1892, p. 601.

Huguenin. — Des V. A. *Concours médic.*, 1896, p. 112.

Jack. — V. A. et otites. *Boston med. journal*, septembre 1891.

Jacquin. — Des V. A. *Union médicale nord-est*, Reims, 1895.

Judet de la Combe. — V. A. et dégénérescence. Th. Bordeaux, 1895.

Keown. —La respiration imparfaite due aux V. A., *Med. Record*, 1900, vol. II, p. 353.

Kaferman. — Rapport du tissu adén. de la voûte du pharynx avec les paresthésies de la gorge et du nez. *Rev. intern. de rhinologie*, III, 2, 1892.

C. H. Knight. — V. A. naso-pharyngiennes. *Intern. clinics*, vol I, série 4.

Ladreit de Lacharrière.— *Dict. des sc. médicales*, article surdi-mutité.

Landolt. — Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx. Paris, Steinbeil, 1902.

Lannois. — Des V. A. *Lyon médical*, avril 1887.

Lavraud. — Des V. A. *J. Sc. méd.*, Lille, 1890.

— V. A. et surdi-mutité. *Rev. laryng.*, 1889. *J. Sc. méd.*, Lille, 1890.

Ladermann. — V. A. et affect. de l'oreille. *Pan. anaric. med. Cong.*, septembre 1894.

Lennox-Browne. — V. A. et otite moyenne. *Brit. med. ass. Glascow*, 1888. V. A. chez les enfants. *Rev. mens. mal. enf.*, nov. 1892.

— V. A. Epilepsie. *Rev. hebd. laryng.*, 1902, p. 116.

— Epilepsie et V. A. Assoc. brit. de laryng. Séance du 11 juin 1901. *Rev. hebd.* n. 4, 25 janvier.

Lucas. — Des V. A. dans leurs rapp. avec les affections de l'oreille. Th. Paris, 1898.

Labet-Barbon. — Troubles provoqués par les V. A. chez les enfants du premier âge. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, nov. 1891. V. A. *Gaz. des hôpitaux*, 15 juin 1889.

Magnus. — Des V. A. Th. Paris, 1895.

Mégeraud. — Anat. pathol. des affections du pharynx, 1888.

Moure. — Manuel des mal. des fosses nasales. Paris, 1893. O. Doin. Rev. génér. sur V. A. et désordes qu'elles entretiennent *Journal méd. de Bordeaux*, n° 84, p. 1901.
Rev. hebd. de laryng., 29 janv. 1898.

Ménière. — Observ. d'un cas de céphalée quotidien, ne datant que de deux ans, guérie par la cautérisation nasale et l'ablation des masses adénoïdes. *Arch. de laryng.*, 1888, p. 238.

Nattier. — Faux adénoïdisme. *Rev. de laryng.*, 1901, I.

Percepied. — Etude sur le catarrhe des premières voies respiratoires et ses rapports avec l'asthme. Th. Paris, 1881.

Pierre. — *Presse médicale*, 14 août 1901.

Plottier. — Des V. A. dans leurs rapp. avec certaines maladies infect. de l'enfant. *Rev. de laryng*, 1901.

Potain. — L'asthme réflexe. *Semaine méd.*, 1892, p. 193.

Redon. — Complic. des V. A. *Arch. Int. Laryng.*, 1890, p. 105.

Riner. — Scrofule et V. A. *Lyon méd.*, n° 47, 1900.

Ruault. — Ablation des V. A. *Arch. Intern. Laryng.*, 1892. Traité de médecine, t. IV.

Rethi. — Névroses réflexes dans les maladies du nez et de l'arrière cavité des fosses nasales. *Wien med. Presse*, n° 37.

St-Hilaire. — Statistique. *Rev. d'hygiène*, Paris, 1893, p. 297.

Schiffers. — Mal. d'oreilles et mal. générales. *Ann. Soc. chirurgie*, Liège, 1889, p. 215.

Sénac-Lagrange. — Rhinites et surdi-mutité. *Ann. mal. de l'or.*, 1890, p. 331.

Snow. — V. A. facteurs des otites. *Med. Record*, août 1895.

Sourdrille. — Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale et naso-ph. Th. Paris, 1887.

Splaudling. — V. A. et otites. *Rev. laryng.*, 1893.

Straright. — Céphalée par tumeurs adénoïdes. *Med. News*, nov.1895.

Tauzin. — Rapp. des tumeurs adénoïdes et de la céphalée. Th. Bordeaux, 1888.

Thomas. — Des V. A. *Marseille méd.*, oct. 1895. Réflexes adénoïdiens. *Rev. hebd. de laryng.*, n° 4, 1900.

Wagnier. — V. A. et otites. *Arch. Int. Laryng.*, 1891, p. 149.

Wroblewski. — V. A. et surdi-mutité. *Rev. Laryng.*, 1892, p. 257.

Vu et permis d'imprimer

Montpellier, le 13 février 1903.

Le Recteur :

A. BENOIST.

Vu et approuvé

Montpellier, le 13 février 1903

Le Doyen :

MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
